Klinische Untersuchungen über Deformitäten der Nase bei Neugeborenen.

INAUGURAL-DISSERTATION

:-:-: zur Erlangung der :-:-: medizinischen Doktorwürde

vorgelegt der Hohen medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität zu Freiburg in Breisgau.

Von HEINRICH RÖSSING
aus Rhede in Westfalen.

Klinische Untersuchungen über Deformitäten der Nase bei Neugeborenen.

INAUGURAL-DISSERTATION

ACAD
LUGD.BAT.
BIBL.

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt der Hohen medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität zu Freiburg in Breisgau.

Von HEINRICH RÖSSING
aus Rhede in Westfalen.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Freiburg in Breisgau.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545318_0134

Untersuchungen über Deformitäten der Nase bei Neugeborenen.

Die Häufigkeit und die klinisch wichtige Bedeutung der Deformitäten der Nasenscheidewand ist längst bekannt. Theile, der eine Untersuchung an 117 macerierten Schädeln machte, fand nur bei 29 die Scheidewand symmetrisch. In 75% aller Fälle lag also eine Septum Deformität vor. Mackenzie kam bei seinen Untersuchungen zu denselben Resultaten. Er untersuchte 2152 intakte Schädel und fand bei 76,9% der Fälle das Septum deviiert. J. Sedziak, der 200 Fälle untersuchte, kam zu noch höheren Prozentzahlen. Er fand bei 83,5% seiner Fälle Deviationen. Zuckerkandl, der eine größere Statistik lieferte, bleibt unter den angegebenen Zahlen. Bei seiner ersten Untersuchung, angestellt an 370 Schädeln, fand er 140 mit asymmetrischer Scheidewand. Hiernach kämen Deviationen nur in 38% der Fälle vor. Später fand derselbe Autor bei einer Untersuchung an ebenfalls 370 Schädeln 53,2% Deviationen. Wiese fand von 608 Schädeln bei 60% ausgesprochene Verbiegungen des Septums. P. Heymann meint, daß die angegebenen Zahlen alle zu niedrig seien. Er untersuchte 250 Nasenkranke und fand nur bei 9 ein grades Septum. Die anderen hatten Verdickungen oder Verbiegungen des Septums, meist aber beides. Nach seiner Angabe kommen also 96,4% Deviationen vor. Diese Zahl ist aber sicher zu hoch und auf die Allgemeinheit nicht anwendbar, da Heymann nur Nasenkranke untersuchte. Als Mittelwert kann man annehmen, daß bei 65% aller Menschen eine Asymmetrie der Nasenscheidewand vorliegt. Allerdings ist nach Zuckerkandl das Vorkommen dieser Deformität bei außereuropäischen Völkern nicht so häufig. Bei einer Untersuchung, die

er an 329 Schädeln der verschiedensten außereuropäischen Völker anstellte, fand er nur in 27,9 % der Fälle eine ausgesprochene Deviation. In 38 Fällen war eine Deviation angedeutet. Rechnet man diese mit, so steigt der Prozentsatz auf 39,5 %. Bei allen diesen an macerierten Schädeln vorgenommenen Untersuchungen sind natürlich nur die Verbiegungen des knöchernen Septum in Betracht gezogen. Bei Lebenden würde sich also der Prozentsatz noch erhöhen, da hier noch die Verbiegungen des knorpeligen Septums hinzu kämen. Die Deviationen haben die verschiedensten Formen. Sie treten auf als einfache Vorwölbungen, als Sporn oder Crista, als S-förmige Verbiegungen oder als Schiefstand der ganzen Scheidewand. Die Vorwölbungen und Cristae können einseitig oder doppelseitig sein. Der Sitz der Deviationen liegt nach Heymanns und Zuckerkandls Angaben hauptsächlich in den vorderen zwei Drittel des Septums. Es kann aber auch der Choanenteil betroffen sein, so daß es zu einer Asymmetrie der Choanen kommt.

Ueber die Aetiologie der häufigen und verschiedenen Formen von Deviationen herrscht bei den Autoren eine verschiedene Ansicht. Die einzelnen in Betracht kommenden Faktoren werden ganz verschieden gewürdigt. In vielen Fällen von Deviationen kann ein Trauma mit Sicherheit nachgewiesen werden und es ist wohl anzunehmen, daß in solchen Fällen das Trauma die Ursache der Deviation ist. Welker, Jurasz, Ziem schreiben dieser Aetiologie die größte Bedeutung zu. Jurasz meint, daß die meisten Deviationen auf Traumen im Kindesalter zurückzuführen seien. Diese würden aber erst beachtet, wenn die Folgezustände der erworbenen Deviation im späteren Leben einträten. Welker macht außer dem Trauma auch noch das habituelle Schlafen auf einer Seite verantwortlich. Er führt also die Verbiegung auf den Druck zurück, der von der Kopfunterlage auf die Nase ausgeübt wird. Béclard spricht sogar das stetige Schnäuzen nach einer Seite als Ursache für die Deformität an.

Baumgarten suchte die Ursache der Deviationen in rein mechanischen Verhältnissen. Durch die Schwellung der Nasenmuscheln wird der Nasenraum immnr enger; schließlich erreichen die Muscheln das Septum, üben einen Druck auf dasselbe aus und drängen es zur anderen Seite. Dieser Ansicht Baumgartens gegenüber weist Lewy daraufhin, daß

bis an das Septem reichende Muſchelſchwellungen beobachtet ſeien, ohne daß es zu einer Deviation desſelben gekommen wäre; andererſeits kämen häufig Deviationen vor, ohne daß je Muſchelſchwellungen vorhanden geweſen wären. Ferner müſſe es bei doppelſeitigem Druck durch doppelſeitig hypertrophierte Muſcheln zur Druck-Atrophie des Septums kommen. Dieſes ſei aber nie beobachtet worden. Réthi weißt der Anſicht Baumgartens gegenüber noch darauf hin, daß die Verbiegungen oft dem mittleren Naſengang gegenüber liegen. Wenn alſo auch nach dieſen Gegengründen die Anſicht Baumgartens im allgemeinen nicht anerkannt werden kann, ſo iſt es doch nicht ausgeſchloſſen, daß ſtarke, länger dauernde, einſeitige Muſchel-Hypertrophie in manchen Fällen Septum Deviationen hervorrufen kann.

Mehr Beachtung verdient für die Aetiologie der Deviationen eine Theorie, die wohl zuerſt von Chaſſaignac aufgeſtellt und ſpäter auch von Roſer verteidigt wurde. Hiernach beruhen die Deviationen auf zu ſchnelles Wachstum des Septums in verticaler Richtung im Gegenſatz zum übrigen Geſichtsſchädel. Da aber die Scheidewand zwiſchen zwei feſten Punkten ausgeſpannt ſei, müſſe ſie nach der Seite des geringſten Widerſtandes, alſo in die freie Naſenhöhle ausweichen. Auch Schaus nimmt Wachstums Anomalien als Urſache für das Entſtehen von Deviationen an, ſieht dieſe aber bedingt durch ungleichmäßige Entwicklung des Oberkiefers. Zur Zeit der zweiten Dentition wachſe das Gaumengewölbe abnorm ſtark in die Höhe, drücke auf das Septum und verurſache ſo die Verbiegungen. Réthi und Lewy machen für dieſe Wachstums Anomalie nicht die zweite Dentition, ſondern rachitiſche Vorgänge verantwortlich.

Katz betrachtet dieſe durch Wachstums Inkongruenz bedingten Deviationen als phyſiologiſch. Sie ſind bedingt durch „Geſtaltungskräfte, die in der Naſenſcheidewand ſelbſt ruhen und durch ſolche, die von außen auf ſie einwirken. Die eigenen Geſtaltungskräfte ſieht er, in der ererbten Anlage und in der eigenen natürlichen Wachstumstendenz, ferner in der eigentümlichen embryonalen Anlage und in der Zuſammenſetzung des Septums aus Knorpel und Knochen, die wegen ihrer Elaſtizitätsdifferenz den von außen wirkenden Kräften verſchiedenen Widerſtand leiſten.“ Die von außen wirkenden Kräfte ſind das Naſendach und der harte Gaumen. Pathologiſche Deviationen entſtehen nach Katz

durch Träumen oder dadurch, daß durch abnorme Vergrößerung Teile der lateralen Naſenwand auf das Septum einen Druck ausüben.

Die obigen Ausführungen betreffen nur die Deviationen bei älteren Kindern und bei Erwachſenen. Ueber das Vorkommen von Deviationen bei jüngeren Kindern oder Neugeborenen findet man in der vorliegenden Literatur wenig. Einige Autoren, Zuckerkandl, Schaus, meinen, daß die Deviationen überhaupt kaum vor dem 6. Lebensjahre beobachtet werden. Dieſe Anſicht iſt aber irrig und es wurde ſchon öfter auf das Vorkommen von Deviationen bei Neugeborenen hingewieſen. So beobachtete Patrzek bei 2 Leichen von Neugeborenen Verbiegungen der Naſenſcheidewand. In einem Falle war das Septum ſtark nach rechts verbogen und eine crista am Naſenboden; in dem anderen Falle lag eine Verbiegung nach links vor. Auch Jacob hat in der Société anatomique Präparate vorgelegt, die das Vorkommen kongenitaler Septum Deviationen beweiſen. Antors Angaben beruhen auf der Unterſuchung eines größeren Materials. Von 56 Kindsleichen hatten 9, alſo etwa 17 % Deformitäten der Naſenſcheidewand. Eine reine Deviation lag nur in einem Falle vor. In den übrigen 8 Fällen handelte es ſich um eine Spornbildung. Ueber die Aetiologie dieſer Deviationen wird nichts Beſtimmtes geſagt. Bei den von Patrzek beobachteten Fällen war ein Trauma während der Geburt ausgeſchloſſen. Die Deviationen konnten alſo nur aus der intrauterinen Zeit ſtammen. Ob ſie aber „angeboren oder anerworben“ ſind, läßt Patrzek dahin geſtellt.

Bei ihren Unterſuchungen über Scoliosis capitis beruhend auf intrauteriner Belaſtung, machte Frl. Dr. Zimmermann die Beobachtung, daß dieſe oft mit Verbiegungen der Naſe verbunden war. So konnte ſie bei 63 Fällen, bei denen eine durch Druck auf die rechte Seite entſtandene Deformität vorlag, 9 mal eine Verbiegung der Naſe nach links feſtſtellen. Ebenſo ſah ſie 8 mal unter 32 Fällen, bei denen eine Deformität, entſtanden durch Druck auf die linke Seite vorlag, eine Verbiegung der Naſe nach rechts. Durch dieſe Beobachtungen aufmerkſam gemacht, veranlaßte mich Herr Privatdozent Dr. Gauß, die Naſen von Neugeborenen ſyſtematiſch auf Verbiegungen zu unterſuchen.

Bei unſeren Unterſuchungen gingen wir ſo vor, daß wir die Kinder zwiſchen dem 4. und 9. Tag nach der Geburt auf äußere Verbiegungen der Naſe und ſonſtige Deformitäten des Schädels anſahen. Wir berückſichtigten hierbei nur Kinder, die in erſter oder zweiter Hinterhauptslage geboren waren. Im Anfang unſerer Unterſuchungen wurden dann die Kinder, bei denen wir wegen des äußeren Befundes eine Anomalie des Septums vermuteten, in der hieſigen Naſenklinik darauf unterſucht. Später ließen wir alle Kinder ohne Auswahl unterſuchen.

Die Ergebniſſe der Unterſuchung laſſe ich hier zunächſt in Tabellen geordnet folgen. Zum Verſtändnis der Tabellen ſei folgende Erklärung gegeben. Da wir durch die Unterſuchungen von Fräulein Dr. Zimmermann über Scolioſis capitis beruhend auf intrauterinem Druck zu unſeren Unterſuchungen veranlaßt wurden, ſo haben wir auch die Befunde über Deformitäten am Schädel mit in unſere Tabellen aufgenommen. Wenn es heißt, Naſenrücken nach links, ſo ſoll das bedeuten, daß in dem betreffenden Falle eine ſichtbare Verbiegung der Naſe nach links vorlag. Die Scolioſis capitis entſtanden durch intrauterine Belaſtung ſetzt ſich zuſammen aus Veränderungen am Schädel, am Ohr und am Unterkiefer. Die Veränderungen am Schädel beſtehen darin, daß die Seite des Schädels, von welcher der Druck gewirkt hat, „abgeplattet“, die andern dagegen „vorgewölbt“ iſt. Die Deformitäten am Ohr ſind bei Scolioſis capitis derartig, daß das Ohr der Seite, an welcher der Schädel vorgewölbt iſt — wir wollen dieſe von jetzt ab die kranke Seite nennen — von oben nach unten winkelig geknickt iſt. Die Spitze des Winkels liegt im Helix des betroffenen Ohres. Dieſe Knickung bezeichnen wir als „Winkelſtellung“ des Ohres. In vielen Fällen liegt bei Scolioſis capitis das Ohrläppchen der kranken Seite nicht dem Kopfe an, ſondern iſt nach oben abgedrängt. Dieſe Anomalie iſt dementſprechend bezeichnet. Wenn wir von „Delle“ reden, ſo verſtehen wir darunter eine Delle in der Unterohrgegend der kranken Seite, in den meiſten Fällen verbunden mit einer ſchlechten Entwicklung des Unterkiefers an dieſer Seite.

A) Erſte Hinterhauptslage.

I. Erſtgebärende.

No.	Naſen-		Ohr-		Schädel			Deviation
	Rücken	Loch	Läppchen abgedrängt	Winkelſtellung	Abgeplattet	Vorgewölbt	Delle	
1.	nach links	rechts enger	links	—	—	—	—	Oben vorn geringe Deviation nach links.
2.	nach links	rechts enger	—	—	—	—	—	Deviation nach rechts.
3.	nach links	—	—	—	rechts	links	—	Geringe Deviation nach rechts.
4.	nach links	rechts enger	—	links	rechts	links	links	Rechts geringe ſenkr. Deviation.
5.	nach links	rechts enger	—	—	rechts	links	—	Leichte Deviation nach rechts.
6.	nach links	—	links	links	—	—	links	Rechts Deviation
7.	nach links	rechts enger	—	links	rechts	links	links	Geringe Deviation nach links.
8.	nach links	rechts enger	links	—	rechts	links	links	—
9.	nach links	rechts enger	—	—	—	—	—	—
10.	nach links	rechts ſchlitzförmig	—	links	rechts	links	links	—
11.	nach links	rechts enger	—	—	rechts	links	—	—
12.	nach links	—	links	—	—	—	—	—
13.	nach links	—	—	—	—	—	—	Septum vorn Spur nach links.
14.	nach links	—	—	links	rechts	links	—	—
15.	nach links	rechts enger	—	links	rechts	links	—	—
16.	nach links	rechts enger	—	—	rechts	links	—	Septum vorn oben etwas nach links deviiert.
17.	nach links	—	—	—	—	—	links	—
18.	nach links	rechts weit	—	—	rechts	links	—	—
19.	nach links	—	—	links	rechts	links	—	—
20.	nach links	—	—	—	rechts	links	—	—
21.	nach links	rechts enger	—		—		—	Septum vorn Spur nach links.
22.	nach links	—	—	links	—	—	—	—
23.	nach links	—	—	—	rechts	links	—	—
24.	nach links	—	—	—	rechts	links	links	Septum vorn Spur mehr links.
25.	nach links	rechts enger	links	links	—	—	—	—
26.	nach links	links enger	—	—		—	—	Sept. links, im ob. Teil etw. verbog.

Fortsetzung von A. I.

No.	Nasen-		Ohr-		Schädel			Deviation
	Rücken	Loch	Läppchen abgedrängt	Winkelstellung	Abgeplattet	Vorgewölbt	Delle	
27.	nach rechts	—	—	rechts	links	rechts	rechts	
28.	nach rechts	links enger	rechts	rechts	—	—	rechts	Starke Deviation nach links.
29.	nach rechts	links enger	—	—	—	—	—	Deviation rechts.
30.	nach rechts	links enger	rechts	rechts			rechts	Geringe Deviation nach links.
31.	nach rechts	links enger	—	—	—	—	—	Mäßige senkr. Deviaton links.
32.	nach rechts	links enger	—	rechts	links	rechts		
33.	nach rechts	—	rechts	—				
34.	nach rechts	links f. eng	rechts	—	links	rechts	—	—
35.	nach rechts	links enger	—	rechts	—	—	—	—
36.	nach rechts	links enger	rechts	—	links	rechts		Am Nasenboden starke Deviation nach rechts.
37.	nach rechts	—	—	—	—	—	—	—
38.	nach rechts	—	—	rechts	links	rechts	—	—
39.	nach rechts	links schlitzförm.	—	—	—	—	—	—
40.	nach rechts	—	rechts	—	—	—	rechts	—
41.	nach rechts	—	rechts	—	links	rechts	—	—
42.	nach rechts	links enger	rechts	—	links	rechts		Septum vorn. Spur mehr links
43.	nach rechts	—	—	—	—	—	—	—
44.	nach rechts	—	—	—	—	—	—	—
45.	nach rechts	—	—	—	—	—	—	—
46.	nach rechts	—	—	—	links	rechts		
47.	nach rechts	—	—	—	links	rechts		
48.	nach rechts	—	—	—	links	rechts		
49.	nach rechts	links enger	—	—	links	rechts		
50.	—	—	—	—	—	—	—	Septum ein wen. mehr links steh.
51.	—	—	—	—	—	—	—	Septum vorn Spur links.
52.	—	—	—	—	—	—	—	Septum etwas mehr links.
53.	—	links enger	—	—	links	rechts	rechts	Mäßige Verbieg. unten links.

A.

II. Mehrgebärende.

No.	Nasen-		Ohr-		Schädel			Deviation
	Rücken	Loch	Läppchen abgedrengt	Winkelstellung	Abgeplattet	Vorgewölbt	Delle	
54.	nach links	rechts eng.	links	links	rechts	links	—	Geringe Deviation nach links.
55.	nach links	rechts eng.	links	links	—	—	—	—
56.	nach links	rechts eng.	links	—	rechts	links	links	—
57.	nach links	—	—	links	—		—	Septum leicht n. links gebogen.
58.	nach links	rechts eng.	—	—	—	—	—	—
59.	nach links	rechts eng.	links	—	—	—	links	—
60.	nach links	rechts eng. schlitzförm.	links	—			—	Septum etwas mehr rechts.
61.	nach links	links flach	—	links	—	—	—	—
62.	nach links	—	—	—	rechts	links	—	—
63.	nach links	rechts eng.	—	—	—	—	—	—
64.	nach links	—	—	links	rechts	links	links	—
65.	nach links	rechts eng.	—	—	rechts	links	—	—
66.	nach links	rechts schlitzförm.	—	links	—	—	—	—
67.	nach links	rechts eng.	—					Septum vorn Spur links.
68.	nach links	—	links	—	rechts	links	—	—
69.	nach links	—	—	—	rechts	links	—	—
70.	nach links	—	links	—	—	—	—	—
71.	nach links	rechts eng.	links	—	rechts	links	—	—
72.	nach links	—	—	—	—	—	—	—
73.	nach links	—	—	links	—	—	links	—
74.	nach links	rechts eng.	—	—	rechts	links	—	—
75.	nach links	—	—	—	rechts	links	—	—
76.	nach rechts	links enger	rechts	—	—	—	—	—
77.	nach rechts	links enger	—	—	links	rechts	—	—
78.	nach rechts	links enger	—	—	links	rechts	rechts	—
79.	nach rechts	links enger	-	-	links	rechts	rechts	Gering. Verb. d. Sept. nach rechts.
80.	nach rechts	links enger	rechts		links	rechts	rechts	

Fortsetzung von A. II.

No.	Nasen-		Ohr-		Schädel			Deviation
	Rücken	Loch	Läppchen abgedrängt	Winkelstellung	Abgeplattet	Vorgewölbt	Delle	
81.	nach rechts	lks. schräg enger	—	—	—	—	—	Septum vorn n. rechts gestellt.
82.	nach rechts	links enger	rechts	rechts	links	rechts	rechts	Septum etwas mehr links.
83.	nach rechts	links engér	rechts	—	—	—	—	—
84.	nach rechts	links enger	—	—	—	—	—	—
85.	nach rechts	—	—	rechts	—	—	rechts	—
86.	nach rechts	links enger	rechts	—	—	—	rechts	Septum vorn Spur mehr links.
87.	nach rechts	links enger	—	—	links	rechts	—	—
88.	nach rechts	links enger	—	—	—	—	—	Septum leicht n. lks. verbogen.
89.	nach rechts	—	—	rechts	—	—	—	—
90.	nach rechts	links breit	—	—	links	rechts	—	—
91.	nach rechts	—	rechts	—	—	—	—	Septum n. links leicht verbogen.
92.	nach rechts	links enger	—	—	links	rechts	—	—
93.	nach rechts	—	—	rechts	links	rechts	—	—
94.	nach rechts	—	—	—	—	—	—	—
95.	nach rechts	links enger	rechts		—	—	rechts	—
96.	nach rechts	—	—	rechts	links	rechts	rechts	—
97.	nach rechts	—		—	links	rechts	-	
98.	nach rechts	—	rechts	—	—	—	—	—
99.	nach rechts	—	—	—	links	rechts	—	—
100	nach rechts	—	rechts	—	links	rechts	—	—
101	nach rechts	links enger	rechts	—	- -	—	—	—
102	nach rechts	links schlitzförm.		rechts	links	rechts		—
103	nach rechts	links enger	—	—	links	rechts	—	—
104	nach rechts	—	—	—	links	rechts	—	Septum vorn etwas nach links.
105	nach rechts	links enger	—	—	links	rechts	—	—
106	nach rechts	links enger	—	rechts	—		—	Rechte Septums. deutlich concav linke convex.
107	—	—	—	—	—	—	—	Septum vorn Spur mehr rechts.
108	—	—	—	—	—	—	—	Septum etw. lks.
109	—	links enger	—	rechts	—	—	—	Mäßige Deviation nach links.
110	—	links enger	—	—	links	rechts	rechts	Nach oben zu ger. Deviation n. rechts

B) Zweite Hinterhauptslage.

I. Erstgebärende.

No.	Nasen-		Ohr-		Schädel			Deviation
	Rücken	Loch	Läppchen abgedrängt	Winkelstellung	Abgeplattet	Vorgewölbt	Delle	
1.	nach links	–	–	–	rechts	links	–	Septum vorn wenig links.
2.	nach links	–	–	–	rechts	links		
3.	nach links	rechts eng.	–	–		–	links	–
4.	nach rechts		rechts	rechts	links	rechts	rechts	Deviation links.
5.	nach rechts		rechts		links	rechts	rechts	Deviat. mäßigen Grades nach lks.
6.	nach rechts	–	rechts	–	–	–	rechts	Geringe Deviat. nach rechts.
7.	nach rechts	links enger	–	rechts	links	rechts	rechts	
8.	nach rechts	links enger	–	–	–	–	–	Sept. vorn etwas mehr rechts geb.
9.	nach rechts	–	–	rechts	–	–		
10.	nach rechts	links enger	–	–	links	rechts	rechts	–
11.	nach rechts	links enger	rechts	–	links	rechts	rechts	
12.	nach rechts	–	rechts	–	–	–	rechts	
13.	nach rechts	–	rechts	–	–	–	–	Septum vorn Spur links.
14.	nach rechts	rechts eng.	–	–	–		–	Septum etwas links.
15.	nach rechts	links flach schlitzförm.	–	–	–	–		
16.	nach rechts	–	rechts					
17.	nach rechts	–	–	–	–			
18.	–	–	rechts	–	–	–	–	Septum etwas mehr rechts.
19.	–	–	–	–	–	–	–	Septum etwas mehr rechts.

II. Mehrgebärende.

20.	nach links	rechts eng.		links			links	Geringe Deviat. nach links.
21.	nach links	rechts eng.	–	links	rechts	links	–	–
22.	nach links	rechts eng.	links	–	–	–		
23.	nach links	–	links	–	–	–	links	
24.	nach links	–	–	–	–	–	–	Septum vorn wenig mehr links
25.	nach links	–	–	links	–	–	links	–

Fortsetzung von B. II.

No.	Nasen-		Ohr-		Schädel			Deviation
	Rücken	Loch	Läppchen abgedrängt	Winkelstellung	Abgeplattet	Vorgewölbt	Delle	
26.	nach links	links enger	—	—	—	—	—	—
27.	nach links	—	—	links	—	—	—	—
28.	nach links	—	links	—	rechts	links	—	Septum vorn Spur nach links.
29.	nach rechts	links enger	—	rechts	—	—	—	Links am Nasenboden Deviation.
30.	nach rechts	links schlitzförm.						Septum vorn Spur nach links.
31.	nach rechts		—	—	—	—	—	
32.	nach rechts		—	—	—	—	—	
33.	nach rechts	links flach	—	—	—	—	—	—
34.	nach rechts	links enger	—	rechts	links	rechts	—	—
35.	nach rechts	—	rechts	—	—	—	—	Septum vorn Spur nach links.
36.	nach rechts	—	—	rechts	—	—	—	—
37.	nach rechts	links flach	—	—	—	—	—	—
38.	nach rechts	links enger	—	—	—	—	—	—
39.	—	rechts eng.	—	—	—	—	—	Starke Deviation nach links.
40.	—	links enger	—				—	Mäßig. Deviation nach links.
41.	—	—	—	—	—	—	—	Sept. in der Tiefe etwas mehr links

Wir sahen also während unserer Untersuchungen 460 Kinder an. 184 Mütter dieser Kinder waren Primiparae, 276 Multiparae. Es ergiebt sich aus der Zusammenstellung folgendes: Aeußere Verbiegungen der Nase nach rechts oder links hatten von allen Kindern 138, also 30 % aller Kinder. Die Verbiegungen der äußeren Nase verteilen sich nun auf die Kinder von Erstgebärenden und Mehrgebärenden und die in erster oder zweiter Hinterhauptslage geborenen Kinder wie folgt.

Primiparae	Verbiegungen im Ganzen	66=47,8 %.
	I. Hinterhauptslage	49=35,5 %.
	II. Hinterhauptslage	17=12,3 %.
Multiparae	Verbiegungen im Ganzen	72=52,2 %.
	I. Hinterhauptslage	53=38,4 %.
	II. Hinterhauptslage	19=13,8 %.

Aus dieſer Zuſammenſtellung und dem oben Geſagten ergiebt ſich, daß von den 184 Kindern der Primiparen 66, alſo 45 %, und von den 276 Kindern der Multiparen 72, alſo 26 % Verbiegungen der äußeren Naſe hatten. Daraus folgt das bedeutend häufigere Vorkommen von Naſenverbiegungen bei Kindern von Erſtgebärenden. — Auf dieſe Tatſache kommen wir ſpäter zurück. — 74 % aller Verbiegungen fanden wir bei Kindern, die in erſter Hinterhauptslage, und 26 % bei Kindern, die in zweiter Hinterhauptslage geboren waren.

Aus unſeren Tabellen ergiebt ſich ferner, daß wir bei 78, alſo 56,5 %, von den 138 Kindern mit Verbiegungen der äußeren Naſe Verbiegungen nach rechts hatten und bei 60, alſo 43,5 %, Verbiegungen nach links.

Von den 78 Kindern mit Verbiegungen der Naſe nach rechts waren geboren in

I. Hinterhauptslage 54=69 %.
II. Hinterhauptslage 24=31 %.

Von den 60 Kindern mit Verbiegungen der Naſe nach links waren geboren in

I. Hinterhauptslage 48=80 %.
II. Hinterhauptslage 12=20 %.

Wir ſehen, daß wir bei I. Hinterhauptslage abſolut ſelten, aber doch relativ häufiger Verbiegungen der Naſe nach links und bei II. Hinterhauptslage abſolut und relativ häufiger Verbiegungen nach rechts finden. Es muß hier alſo wohl eine Beziehung zwiſchen der Lage des Kindes und einer vorhandenen Naſenverbiegung in dem Sinne beſtehen, daß bei erſter Hinterhauptslage eher eine Verbiegung der Naſe nach links, bei zweiter Hinterhauptslage eher eine ſolche nach rechts entſteht. Hierauf werden wir bei Beſprechung der Urſache der Naſenverbiegungen zurückkommen.

Im folgenden wollen wir nun ſehen, wie ſich die äußeren Verbiegungen der Naſe zur Scolioſis capitis verhalten. Wir ſprechen hier von Scolioſis capitis, wenn eins der Symptome dieſer Deformität oder mehrere Symptome gleichzeitig ausgeſprochen vorliegen. Bei allen 138 Kindern mit äußeren Verbiegungen der Naſe hatten gleichzeitig Scolioſis capitis überhaupt 107, alſo 77,5 %. Dies ſpricht mit großer Wahrſcheinlichkeit dafür, daß eine Wechſelbeziehung zwiſchen äußerer Verbiegung der Naſe und Scolioſis capitis beſteht,

was noch klarer wird, wenn wir die Fälle getrennt betrachten in solche, die eine äußere Verbiegung der Nase nach links hatten und in solche, die eine äußere Verbiegung nach rechts hatten. Von 107 Kindern mit äußerer Nasenverbiegung und gleichzeitiger Scoliosis capitis hatten Verbiegungen nach rechts 58, also 54,2 %. Von diesen waren geboren in

I. Hinterhauptslage 43=74 %.
II. Hinterhauptslage 15=26 %.

Alle diese 58 Kinder mit äußerer Nasenverbiegung nach rechts hatten eine entsprechende Scoliosis capitis, d. h. vorhandene Ohr- und Kiefer-Deformität fand sich rechts und bei vorhandener Schädel-Deformität war dieser so deformiert, daß rechts eine deutliche Verwölbung, links eine Abplattung vorlag.

Verbiegungen nach links mit gleizeitiger Scoliosis capitis hatten von 107 Kindern 49, also 45,8 %. Von diesen 49 Kindern waren geboren in

I. Hinterhauptslage 39=79,5 %.
II. Hinterhauptslage 10=20,5 %.

Wie bei den 58 Kindern mit äußerer Nasenverbiegung nach rechts und entsprechender Scoliosis capitis war auch hier bei den 49 Kindern mit Verbiegungen nach links die Scoliosis capitis der äußeren Nasenverbiegung entsprechend.

Wir haben im Vorhergehenden das Vorkommen von äußeren Verbiegungen bei Erst- und Mehrgebärenden, das Vorkommen der Verbiegungen nach rechts oder links und ihre Beziehungen zur Lage und Scoliosis capitis betrachtet.

Fragt man sich nun nach der Ursache von Nasenverbiegungen bei Kindern, so können in der Theorie mehrere Erklärungen in Betracht kommen. Man könnte zunächst daran denken, daß sie durch den Geburtsmechanismus bedingt seien. Hiergegen spricht aber folgendes: Von den 60 Verbiegungen nach links z. B. fanden wir 80 % bei Kindern, die in I. Hinterhauptslage geboren waren. Der Mechanismus bei I. Hinterhauptslage ist nun so, daß bei der Rotation des Hinterhauptes nach vorn, Gesicht und Nase von der vorderen seitlichen Beckenwand weg gegen das Kreuzbein hin gedrängt wird. Dabei erfährt die im Prinzip grade gerichtete Nase an der Beckenwand eine Reibung, die den Effekt haben müßte, daß die Nase nach rechts gedrängt wird. Die Nase ist jedoch in Wirklickkeit nach links, also entgegengesetzt, verbogen. Also ist die Ver-

biegung nicht durch den Geburtsmechanismus, ſondern trotz dieſes Geburtsmechanismus entſtanden. Das gleichzeitige Vorkommen von äußerer ſchiefer Naſe und Scolioſis capitis läßt, wie ſchon geſagt, auf Wechſelbeziehungen zwiſchen dieſen beiden Deformitäten ſchließen. Hierin beſtärkt uns noch die Tatſache, daß die äußere Naſenverbiegung nach rechts oder links, wie wir geſehen haben, ſtets in den betreffenden Fällen mit einer entſprechenden Scolioſis capitis einhergeht. Da nun Scolioſis capitis durch intrauterine Belaſtung bedingt iſt, ſo können wir wohl annehmen, daß die Verbiegungen der Naſe ebenfalls hierauf zurückzuführen ſind. Wir wiſſen, daß bei I. Hinterhauptslage Scolioſis capitis in dem Sinne entſteht, daß die Deformitäten an Ohr und Kiefer links ſind und der Schädel nach links vorgewölbt, nach rechts abgeplattet iſt. Das Umgekehrte iſt bei II. Hinterhauptslage der Fall. Bei dieſer Tatſache ſind die Verbiegungen bei den 80 % Kindern mit ſchiefer Naſe nach links, die in erſter Hinterhauptslage geboren ſind, und bei den 30 % Kindern mit ſchiefer Naſe nach rechts, die in zweiter Hinterhauptslage geboren ſind, leicht zu erklären. Der Reſt der Verbiegungen bliebe unerklärt. Es wäre demnach unſere Annahme, daß Verbiegungen nach links in I. und ſolche nach rechts in II. Hinterhauptslage entſtehen, falſch, oder wir müßten annehmen, daß bei der Geburt der betreffenden Kinder eine Ueberdrehung ſtattgefunden hat oder, daß dieſe Kinder im intrauterinen Leben eine genügende Zeit in der Lage gelegen haben, in der die ihr entſprechende Verbiegung der Naſe zu ſtande kommen konnte. Letzteres iſt wohl anzunehmen, da wir ja wiſſen, daß die Kinder öfter ihre Lage wechſeln. Beſonders für die 70 % Kinder mit ſchiefer Naſe nach rechts, die in I. Hinterhauptslage geboren ſind, wäre dies verſtändlich. Dieſe Kinder haben vielleicht lange in II. Hinterhauptslage gelegen und ſich während dieſer Zeit die Deformität erworben. Später haben ſie dann die von ihnen weniger begünſtigte II. Hinterhauptslage mit der I. gewechſelt. Auffällig iſt aber noch die Tatſache, daß wir ſo viel Verbiegungen nach rechts fanden. Dies beruht vielleicht darauf, daß bei zweiter Hinterhauptslage ſich der Rücken mehr hinten, das Geſicht mit der Naſe ſich mehr vorn befindet. Es kann alſo hier die Naſe leicht vorn von den Bauchdecken einen Druck erfahren. Bei erſter Hinterhauptslage iſt der Rücken mehr

vorn, das Gelicht mit der Nase mehr hinten. Hier ist also die Nase mehr geschützt. Wir können also annehmen, daß Verbiegungen der Nase nach rechts eher entstehen, als nach links.

Für unsere Annahme, daß die Nasenverbiegungen bei Neugeborenen durch Druck entstehen, spricht auch die Tatsache, daß wir sie bei 45% aller Kinder von Erstgebärenden, dagegen nur bei 26% aller Kinder von Mehrgebärenden finden. Bei den Erstgebärenden sind die Bauchdecken und die Gebärmutterwand viel straffer als bei Mehrgebärenden und es kann infolgedessen die Nase des Kindes viel eher gedrückt werden. Dazu kommt noch, daß bei Erstgebärenden der Kopf des Kindes in den letzten Schwangerschaftsmonaten tiefer tritt. Im unteren Uterinsegment sind aber die Raumverhältnisse viel enger und so die Bedingungen für das Zustandekommen eines äußeren Druckes auf die Nase des Kindes viel günstiger.

Wie lange sich die gefundenen Nasenverbiegungen erhalten, konnten wir bei unserem Material nicht feststellen. Jedenfalls hängt dieses ab von der Stärke der Verbiegung und von der Länge der Zeit, während welcher der Druck eingewirkt hat. Von der Dauer und der Intensität des Druckes hängt es auch wohl ab, ob bei der äußeren Nasenverbiegung gleichzeitig eine Deformität des Septums zustande kommt.

Innere Deformitäten der Naſe.

Hiermit kommen wir auf die Frage der Septum Deviationen bei Neugeborenen. Wir ſchickten die Kinder in die Naſenklinik, um hier etwaige Deviationen feſtſtellen zu laſſen. Anfangs ließen wir nur die Kinder unterſuchen, bei denen eine äußere Verbiegung der Naſe vorlag, ſpäter aber alle Kinder ohne Auswahl. Letztere Kinder wurden ausſchließlich von Herrn Prof. Killian, erſtere zum Teil von Herrn Dr. Albrecht unterſucht.*)

Wir wollen nun zunächſt nur die Fälle beſprechen, in denen eine äußere Verbiegung der Naſe gleichzeitig mit einer Septum Deviation vorlag. Von den 460 Kindern hatten 43 äußere Verbiegungen der Naſe und gleichzeitig eine Deviation des Septums nach rechts oder links, alſo 9,3 % der Geſamtzahl. Von dieſen Kindern mit äußerer Naſenverbiegung und Septum Deviation waren die Mütter

Primiparae	I. u. II. Hinterhauptslage	25=58,2 %
	I. Hinterhauptslage	18=41,9 %
	II. Hinterhauptslage	7=16,3 %
Multiparae	I. u. II. Hinterhauptslage	18=41,8 %
	I. Hinterhauptslage	12=27,9 %
	II. Hinterhauptslage	6=13,9 %

Hieraus ſehen wir, daß wir die äußeren Naſenverbiegungen combiniert mit Septum Deviation wieder häufiger bei Erſtgebärenden als Mehrgebärenden finden, was wohl wieder mit der Beſchaffenheit der Uteruswand und der Bauchdecken und mit den Raumverhältniſſen bei Erſtgebärenden zuſammenhängt.

Wie wir geſehen haben, können die äußeren Verbiegungen der Naſe nach rechts oder links nur durch Druck von links oder rechts entſtehen.

*) An dieſer Stelle will ich es nicht unterlaſſen, dem Herrn Prof. Killian und dem Herrn Dr. Albrecht für ihre freundliche Hülfe meinen Dank auszuſprechen.

Nehmen wir nun einmal an, daß die Septum Deviationen auch durch äußeren Druck entſtanden ſind und ſchauen wir die früher gegebenen Tabellen A und B an, ſo bemerken wir, daß oft eine äußere Verbiegung der Naſe nach der einen Seite beſteht, während die Deviation des Septums zur anderen Seite geht. Dieſe Tatſache kann man ſich vielleicht folgendermaßen erklären. Wie geſagt, kann z. B. eine äußere Verbiegung nach links nur durch äußeren Druck von rechts entſtehen. Haben wir nun bei einer äußeren Verbiegung nach links eine Septum Deviation nach rechts, ſo müſſen wir annehmen, daß hier der Druck mehr von vorn gewirkt hat als von der rechten Seite. Es iſt dann durchaus denkbar, daß die äußere Naſe nach links gedrückt wird, während das feſt zwiſchen Naſendach und Oberkiefer ausgeſpannte Septum dem ſagittal von vorn wirkenden Druck nach rechts ausweicht. Bei äußerer Verbiegung nach rechts und Septum Deviation nach links müßte dann der Druck hauptſächlich von links vorn gewirkt haben. In den Fällen, wo eine äußere Verbiegung der Naſe und eine Septum Deviation nach der gleichen Seite vorlag, z. B. in 14 Fällen nach links, wird der äußere Druck von rechts die äußere Naſe und das Septum nach links gedrängt haben.

Wenn uns alſo die äußere Verbiegung anſagt, von welcher Seite der Druck gewirkt haben muß, und in welcher Lage die Deformität wahrſcheinlich entſtanden iſt, beſonders, wenn wir gleichzeitig eine Scolioſis capitis haben, ſo können wir aus der Septum Deviation allein nicht mit derſelben Wahrſcheinlichkeit ſchließen, von welcher Seite der Druck wirkſam war. Deshalb glauben wir auch, in der Verwertung der Septum Deviation combiniert mit äußeren Verbiegungen der Naſe eine Einteilung nach der Seite der Verbiegung und nach der Kindslage nicht machen zu dürfen. Es ſoll hier nur noch geſagt werden, daß von den 43 Kindern mit äußerer Naſenverbiegung und gleichzeitiger Septum Deviation 31 eine Deviation nach links und 12 eine Deviation nach rechts hatten.

Alle bisherigen Ausführungen beziehen ſich auf die von uns nach dem äußeren Befunde zur inneren Unterſuchung in die Naſenklinik geſchickten Kinder.

Im Folgenden wollen wir nun die Reſultate unſerer zweiten Unterſuchungsreihe, bei der alle Kinder ohne Aus-

wahl auf Septum Deviationen unterſucht wurden, beſprechen. Die äußeren Naſenverbiegungen, die wir hier fanden, ſind ſchon in den erſten Teil dieſer Arbeit einbezogen worden; wir wollen hier nur noch über die gefundenen Septum Deviationen ſprechen. Während wir bei den ausgewählten Fällen, alſo bei den Fällen mit äußerer Naſenverbiegung nur 9,3% innere Deviationen fanden, hatten wir ſpäter unter 117 Kindern mit und ohne äußerer Verbiegung der Naſe 18 mit innerer Deviationen, alſo 15,4%. Das will heißen, daß Septum Deviationen auch ohne äußere Naſenverbiegung vorkommen können; unter den 18 Kindern mit innerer Deviation waren 8, bei denen keine Verbiegung der äußeren Naſe vorlag.

Da wir alſo bei 30% aller Kinder Verbiegungen der äußeren Naſe und nur bei 15,4% Septum Deviationen fanden, ſo iſt dadurch das häufigere Befallenſein der äußeren Naſe bewieſen, was wohl darauf beruht, daß die äußere Naſe eher einem Drucke weicht. Wenn aber trotzdem innere Deviationen ohne jede Deformität der äußeren Naſe vorkommen, ſo heißt das wohl nur, daß wir dieſe Deviationen auf einen faſt nur ſagittal auf die Naſe wirkenden Druck zurückführen müſſen. Dann kann nämlich die äußere Naſe gerade bleiben oder ſie wird etwas platt gedrückt, das Septum aber muß ſich nach einer oder nach beiden Seiten ausbiegen. Wir finden dann eine einfache oder eine S-förmige Deviation, die da entſteht, wo das Septum am ſchwächſten iſt. Auch hier können wir aus der Deviation nach rechts oder links allein keinen Schluß auf die Richtung der Druckwirkung ziehen. Nur wenn wir die Form der äußeren Naſe mit in Betracht ziehen, können wir mit einiger Wahrſcheinlichkeit ſagen, von welcher Seite der Druck gewirkt haben muß, ob hauptſächlich ſagittal — dann haben wir nur eine Septum Deviation — ob ſagittal und frontal, dann haben wir eine Septum Deviation zur einen und können eine Verbiegung der äußeren Naſe zur anderen Seite haben, ob hauptſächlich frontal, dann finden wir eine äußere und innere Verbiegung zur ſelben Seite. Der Vollſtändigkeit wegen ſei geſagt, daß von den 18 Kindern der zweiten Unterſuchungsreihe mit Deviationen 14 eine Diviation nach links und 4 eine ſolche nach rechts hatten.

Aus unſeren Ausführungen geht hervor, daß Neugeborene oft Verbiegungen der äußeren Naſe haben; wir

fanden sie in 30% aller Fälle. 77,5% dieser äußeren Nasenverbiegungen fanden sich mit entsprechender Scoliosis capitis zusammen. Da wir nun die Scoliosis capitis als eine intrauterine Belastungs-Deformität ansehen müssen, so können wir mit Recht annehmen, daß auch diese Nasenverbiegungen durch den gleichen intrauterinen Druck entstanden sind. Hierfür spricht auch die Tatsache, daß wir die Verbiegungen bei 45% aller Kinder von Erstgebärenden und bei 26% aller Kinder von Mehrgebärenden fanden. Bei Erstgebärenden sind, wie wir schon ausführten, die Bedingungen für das Zustandekommen einer Compression der Nase des Kindes viel günstiger als bei Mehrgebärenden.

Durch den Geburtsmechanismus können die äußeren Verbiegungen in allen Fällen nicht bedingt sein, wo sie gerade im umgekehrten Sinne, als dieser wirkt, vorliegen. In denjenigen Fällen, wo die Nasenverbiegung mit der Wirkung des Geburtsmechanismus zu vereinigen wäre, finden wir bei den meisten Kindern eine der Nasenverbiegung entsprechende Scoliosis capitis, die mit der Geburtslage des Kindes absolut nicht zu vereinigen ist. In diesen Fällen müssen wir also annehmen, daß das Kind eine ausreichend lange Zeit in einer der Geburtslage entgegengesetzten Schwangerschaftslage gewesen ist, in der es die Scoliosis capitis und zugleich mit ihr die Nasen-Deformität erwerben konnte. Die äußere Nasenverbiegung würde dann trotz Uebereinstimmens mit dem dafür passenden Geburtsmechanismus nicht durch diesen, sondern, wie auch die conforme Scoliosis capitis, durch intrauterine Belastung bedingt anzusehen sein. Die inneren Deviationen fanden wir in 15% der Fälle, also nicht so häufig, wie die äußeren Verbiegungen. Ob erstere die Folge der letzteren, oder ob sie die Folge eines zweiten mehr sagittal wirkenden Druckes sind, ist nicht sicher zu entscheiden. Eine äußere Nasenverbiegung nach der einen und eine gleichzeitige Septum Deviation nach der anderen Seite scheint von der Richtung der aus verschiedenen Faktoren zusammengesetzten Druckwirkung abzuhängen.

Wichtig ist besonders die Frage, wie lange die inneren Deviationen im extrauterinen Leben bestehen bleiben, da man eventuell mit den Folgen dieser Deformität rechnen muß. In manchen unserer Fälle war die Deviation so stark, daß man fast mit Sicherheit annehmen kann, daß sie auch

im ſpäteren Leben beſtehen bleibt. Aber auch die weniger ausgeprägten Deviationen können wohl perſiſtieren. Hierfür ſprechen die Befunde, die wir bei der Nachunterſuchung einiger Kinder erheben konnten. Leider ſind die anzugebenden Zahlen infolge der Schwierigkeit, die Kinder wieder zu bekommen, nur recht klein. Wir laſſen die Befunde hier folgen:

I. Kind:
- Erſte Unterſuchung: Oberer Teil des Septums nach links gebogen.
- $4^1/_2$ Monate ſpäter: Derſelbe Befund.

II. Kind:
- Erſte Unterſuchung: Septum vorn Spur nach links.
- 4 Monate ſpäter: Derſelbe Befund.

III. Kind:
- Erſte Unterſuchung: Septum vorn nach rechts geſtellt.
- 7 Monate ſpäter: Deviation noch ſichtbar, aber zum Teil verſchwunden.

IV. Kind:
- Erſte Unterſuchung: Geringe Deviation nach links
- 10 Monate ſpäter: Septum vorn oben etwas nach links deviiert.

V. Kind:
- Erſte Unterſuchung: Septum vorn oben nach links deviiert.
- 11 Monate ſpäter: Derſelbe Befund.

VI. Kind:
- Erſte Unterſuchung: Leichte Deviation nach links.
- 4 Monate ſpäter: Deviation verſchwunden.

Dieſe Nachunterſuchungen wurden ebenfalls von Prof. Killian, dem wir auch hierfür unſeren verbindlichſten Dank ſagen, ausgeführt. Sie geben uns Recht zu der Annahme, daß die gefundenen Deviationen im ſpäteren Leben beſtehen bleiben können. Allerdings läßt die vorläufig kleine Zahl unſerer Nachunterſuchungen bindende Schlüſſe noch nicht zu.

Zum Schluß ſei es mir noch geſtattet, Herrn Privatdozenten Dr. Gauß für ſeine Anregung zu der vorliegenden Arbeit, ſowie für die mir gewährte Hilfe meinen beſten Dank auszuſprechen.

Literatur.

1. Theile: Zeitſchrift für rationelle Medizin. Neue Folge. Bd. VI.
2. Mackenzie: Krankheiten des Halſes und der Naſe, deutſch von Semon. Bd. II. Berlin 1884.
3. J. Sedziak: Referat Heryng im „Internationalen Centralblatt für Laryngologie". Bd. VIII.
4. Zuckerkandl: Normale und pathol. Anatomie der Naſenhöhle. Bd. I, II. Aufl. 1893 und Bd. II, I. Aufl. 1892.
5. Wieſe: Differt. Göttingen 1900: Unterſuchungen über Verbiegungen der Naſenſcheidewand.
6. P. Heymann: Berliner klin. Wochenſchrift 1886. No. 20.
7. Welker: Aſymmetrie der Naſe. Stuttgart 1882.
8. Jurasz: Die Krankheiten der oberen Luftwege. Heidelberg 1891.
9. Ziem: Ueber Aſymmetrie des Schädels bei Naſenkrankheiten. Monatsſchrift für Ohrenheilkunde 1883. No. 2–5.
10. Baumgarten: Urſachen der Verbiegungen der Naſenſcheidewand. Deutſche med. Wochenſchrift No. 22. 1886.
11. Lewy A.: Berliner klin. Wochenſchrift No. 47. 1886.
12. Réthi: Verbiegungen der Naſenſcheidewand und deren Behandlung. Wien 1890.
13. Roſer: Berliner klin. Wochenſchrift 1880.
14. Schaus: Ueber Schiefſtand der Naſenſcheidewand. Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 35, Heft 1.
15. Katz: Die Krankheiten der Naſenſcheidewand und ihre Behandlung. Würzburg 1908.
16. Patrzek: Ueber Verbiegungen der Naſenſcheidewand bei Neugeborenen. Interat. klin. Rundſchau 1890. No. 14.
17. Jacob: Centralblatt für Laryngologie 1900. Bd. 16.
18. Anton: Zur Kenntnis der kongerit. Deformitäten der Naſenſcheidewand. Arch. f. Ohrenkl. Bd. 35. 1893.

Lebenslauf.

Geboren am 24. Februar 1884 zu Rhede Bez. Münſter, katholiſch, Kaufmannsſohn, beſuchte ich zunächſt die Volksſchule meines Heimatsortes. Nach privater Vorbildung ging ich auf das Gymnaſium zu Bocholt, wo ich Oſtern 1905 das Abiturienten-Examen beſtand. Ich widmete mich dem Studium der Medizin, beſuchte die Univerſitäten Freiburg i. Br., Würzburg, Berlin, München. Vom 1. April bis Oktober 1906 genügte ich in Würzburg beim 9. Infanterie-Regiment meiner Militärpflicht. In Freiburg machte ich im Herbſt 1907 mein Phyſicum und im Sommer 1910 meine ärztliche Staatsprüfung. Im Juni 1910 habe ich in Freiburg promoviert.

Heinrich Rößing.

Schäckermann & de Greiff
Krefeld